

Des points douloureux à la pression du doigt dans la tuberculose pulmonaire

LEUR VALEUR SEMEIOLOGIQUE

*« Ceci est un bouquet de fleurs étrangères et
du mien n'y ai mis que le filet à les lier ».*
MONTAIGUE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. ANDRÉ DENIER

Né à la Tour-du-Pin, le 25 Juillet 1896



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1922

**DES POINTS DOULOUREUX A LA PRESSION DU DOIGT
DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
LEUR VALEUR SEMEIOLOGIQUE**

Des points douloureux à la pression du doigt dans la tuberculose pulmonaire

LEUR VALEUR SEMEIOLOGIQUE

*« Ceci est un bouquet de fleurs étrangères et
du mien n'y ai mis que le filet à les lier ».*

MONTAIGUE.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 mars 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. ANDRÉ DENIER

Né à la Tour-du-Pin, le 25 Juillet 1896



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ.
Doyen MM. J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BÉRARD, COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J) WEILL. POLLOSSON (A.) LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. VILLARD. ARLOING (F.) ETIENNE MARTIN. COURMONT (P.) PIC. FLORENCE (A.)
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	
Clinique des maladies des voies urinaires.	
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique	
Chimie organique et toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie.	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN.	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY.	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT.	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien.	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY.	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE.	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, président ; SAVY, assesseur ;
MM. PIERY et ROUBIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

EN SOUVENIR DE MON PÈRE, LE DOCTEUR JOSEPH DENIER

Médecin à la Tour-du-Pin

L'âme et le guide de ma vie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553215_0064

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur de Thérapeutique

Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu

Il fut toujours pour nous, dans son service et au cours de nos études, le maître bienveillant, le conseiller délicat et paternel, qu'il veuille bien trouver ici l'expression bien vive de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a donné l'idée de ce travail et nous a aidé de ses conseils, nous le prions de recevoir l'hommage de notre reconnaissance et de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIRAUD

Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Luc

Qui a été pour nous un maître éclairé autant qu'affable, nous lui garderons une vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEHU

Médecin de la Charité

Qui a développé notre sens médical et
aiguisé notre jugement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHALIER

Médecin des Hôpitaux

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

Au niveau de l'abdomen la recherche des points douloureux à la pression a une valeur diagnostique bien admise. Mais au niveau du thorax le clinicien néglige souvent de rechercher les douleurs localisées à la pression, se contentant d'apprécier les modifications de la sonorité et des vibrations.

Dans beaucoup de traités cliniques sur l'appareil respiratoire cette étude des points douloureux et de leur valeur semeiologique se trouve à peine signalée, et la plupart du temps il est juste fait mention de douleur provoquée par la percussion au niveau de certaines lésions de bacillose pulmonaire avancées (cavernes).

Au cours de quelques mois passés dans le service du Docteur Roubier, à Saint-Pothin, nous avons recherché systématiquement ces points douloureux chez beaucoup de tuberculeux. Aussi le Docteur Roubier nous a-t-il engagé à prendre cette étude comme sujet de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

En parcourant la littérature médicale on voit que depuis les temps les plus anciens les auteurs ont insisté sur les douleurs subjectives éprouvées par les phtisiques dans les régions des sommets pulmonaires, mais bien peu ont eu l'idée de chercher la douleur provoquée par la pression.

Aretée, médecin grec, natif de Cappadoce, qui suivant la majorité de ses commentateurs vivait au II^e siècle, dans ses *Artes medicæ principes* », après un tableau magistralement tracé du phtisique, signale au chapitre suivant que les malades souffrent au niveau des clavicules, et dans le dos entre les omoplates (1).

Plus tard, Richard Morton, comte de Suffolck, émule de Sydenham, en son livre « *De phtisicæ* », paru en 1737, rapporte l'observation d'une malade « *Domina Covert* », âgée de 18 ans, qui avait des points douloureux, poignants, imprécis et changeants par tout le thorax (2). Lieutaud,

(1) « *Jugula quibusdem vero et in terja et in dorsi scapulos dolor protenditur* ».

(2) *Doloribus etiam vagis et versatilibus, spasmodicis et horrendis per totum thoracem.*

médecin de Louis XV, signale ces douleurs subjectives dans son « Précis de la Médecine Pratique » (1777). J.-B.-P. Baumes, professeur à Montpellier, dans son deuxième volume sur la « Phtisie pulmonaire », parle de douleurs entre les épaules, dans la région épigastrique, autour du nombril, dans les lombes, et discute avec Camper pour savoir si la douleur provient de la connexion du nerf diaphragmatique avec la 4^e paire cervicale qui se distribue le long de la base de l'omoplate.

Dans les « Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire » dues peut-être à Portal, professeur de médecine au Collège de France — car cet ouvrage passe pour être de Pinel dont la femme se plaignait hautement de ce que le prix convenu pour la composition de l'ouvrage n'avait pas été payé à son mari — il est dit : « le plus grand nombre (des phtisiques) ont des douleurs entre les épaules, dans la région épigastrique..., c'est alors que souvent le poumon s'affecte, comme le célèbre Baillou (1) l'a observé après Hippocrate : qui, dolores pectoris nec purgatione, nec venæ sectione sedantur, eos necesse est in suppurationem verti ».

R.-T.-H. Laennec, dans son « Traité de Maladies des Poumons et du Cœur » constate que la plupart des malades éprouvent peu de douleurs locales, beaucoup n'en éprouvent pas du tout, quelques-uns de très vives.

Pour R. Thomas et S. Ens (1835), la phtisie comme les points douloureux relèvent d'une irritation de la moelle ; R.-B. Todd, moins audacieux, ne met que la douleur locale sur le compte de l'irritation spinale.

(1) Guillaume de Baillou (1538-1616) lutta contre l'épidémie d'influenza de Paris vers 1580.

Cruveilhier considère les points vertébraux liés à une affection des viscères thoraciques.

Valleix, dans son « *Traité des Névralgies* » (1841), indique qu'il utilise la pression digitale pour délimiter les douleurs subjectives éprouvées par les phtisiques dans les points douloureux.

P.-C.-A. Louis, après avoir énuméré les douleurs subjectives ressenties par les phtisiques, ajoute « il est encore digne de remarque qu'assez souvent la percussion des parois de la poitrine est douloureuse surtout du côté le plus affecté et ordinairement au sommet du thorax ».

Greneau de Mussy, le premier, fait intervenir la pression du doigt pour déterminer les points douloureux dans la tuberculose « la pression révèle souvent une sensibilité anormale dans les régions sous-claviculaires ». Pour lui ces symptômes sont liés à une névrite des intercostaux associée à des phénomènes de sensibilité réflexe. Cette opinion avait été soutenue par Beau.

Plus tard, Walter Walsche (1860), dans son « *Traité clinique des maladies de poitrine* », distingue ces points de la « myodynîe des brodeuses », localisée à l'angle inférieur de l'omoplate et pense à une névrite du plexus pulmonaire.

Leudet (1864), cite un point douloureux au niveau de l'apophyse de la 3^e et 4^e vertèbres dorsales (point spinal). Goyard (1867), signale le point sternal sus-xiphoïdien à l'union du 1/5 inférieur et des 4/5 supérieurs du sternum.

Perroud (1872), médecin de l'Hôtel-Dieu, à Lyon, reprend la question et parle des douleurs musculaires provoquées par la pression, c'est la « myosalgie » qui serait

selon lui un des phénomènes les plus observés chez les phtisiques.

Peter (1877), a remarqué que « les douleurs du début cessent après de graves désordres pulmonaires ». le nerf se trouvant alors isolé par des fausses membranes.

Lassegue et Grancher (1882), Germain Sée (1884), les signalent.

Herard, Cornil et Hanot (1888), donnent un aperçu général de la question.

Weil (1893) étudie les troubles nerveux des tuberculeux et signale un syndrome particulier, une hémi-hyperesthésie profonde musculaire et osseuse sans rapport avec le siège et l'étendue des lésions pulmonaires, lié à un trouble dans la fonction des centres nerveux. Son élève, A. Favre-Gilly, dans sa thèse (1899), le précise davantage.

Pour Carcassonne (1900), l'hyperesthésie localisée en même temps que l'atrophie musculaire relèvent de « troubles, sinon réflexes, du moins réfléchis par la moelle sur les nerfs moteurs ».

Pour Belbèze (1902) tous les plants sus-jacents à la lésion pulmonaire participent au processus inflammatoire et le point douloureux se superposerait à la lésion.

A une époque plus rapprochée, Roussel publie quelques observations de douleurs provoquées à la pression chez les bacillaires.

Mais c'est surtout à Sabourin (1907) que l'on doit d'avoir insisté sur les points douloureux à la pression en pathologie pulmonaire.

Il décrit : 1° *Des points autochtones*, extériorisation subjective et objective d'une souffrance de la plèvre directement sous-jacente.

2° *Des points aberrants* suivant le trajet des nerfs intercostaux avec les lieux d'émergence bien connus : tels ils sont dans la névralgie intercostale d'origine pleuro-pulmonaire.

3° *Des points de côté scissuraux* le long du trajet scissural. Il a noté ces derniers dans toutes les affections de l'interlobe : embolie bronchique, pleuro-pneumonie juxta-scissurale, interlobité sèche ou avec épanchement.

Pour Paillard, chaque point douloureux a son origine dans une irritation ou un englobement des nerfs pariétaux.

Molle, d'Oran (1911), puis son élève Didier (1912), étudiaient les hyperesthésies neuro-musculaires systématisées, dans la bacillose, en signalant des phénomènes de bascule de l'autre côté sous l'effet de la révulsion du point douloureux.

Tout dernièrement André Rajot signalait un point douloureux phrénique entre les deux chefs du sterno-cleido-mastoidien ; et E. H. Lemoine dans une communication récente à l'Académie de Médecine rappelle, après Sabourin, puis Loeper et Codet, le *point douloureux du trapèze* « en dehors des insertions antérieures de l'angulaire de l'omoplate ». Ce point serait le plus constant parmi toutes les douleurs des sommets localisées à la pression : douleurs des premiers espaces intercostaux, douleurs au fond du triangle sus-claviculaire en dehors du paquet vasculo-nerveux. Il a relevé ce signe chez 192 tuberculeux chez lesquels la nature de l'affection avait été authentifiée par la présence du bacille de Koch dans les crachats. Certains malades ayant survécu dix ans ont présenté des points douloureux à la pression à chaque poussée conges-

tive des sommets ; la douleur persistant parfois longtemps après la disparition des signes auscultatoires.

D'après cet historique on voit que si beaucoup d'auteurs ont étudié les douleurs thoraciques subjectives et les troubles nerveux des tuberculeux, il en est bien peu qui aient étudié plus spécialement les points douloureux localisés à la pression du thorax dans les affections pulmonaires et en particulier dans la tuberculose.

Quel est le siège de ces points douloureux ? S'observent-ils fréquemment en clinique, et dans quelles formes de tuberculose plus spécialement ? Quelle est leur valeur semeiologique ? C'est ce que nous allons étudier dans les chapitres suivants.

CHAPITRE III

LES PRINCIPAUX POINTS DOULOUREUX A LA PRESSION DANS LA TUBERCULOSE

Leur recherche se fait par une pression méthodique de plus en plus profonde avec la pulpe de l'index afin de bien localiser la zone douloureuse ; à chaque pression du doigt on demande au malade s'il souffre, à moins qu'il ne le montre spontanément en reculant pour fuir le doigt qui presse ; souvent d'ailleurs le doigt trouve en ce point une contraction musculaire de défense.

Quelquefois le malade signale une zone qui lui est douloureuse au moment de la toux, ou du rire, ou par un mouvement du tronc ou des bras, et souvent la pression du doigt est spécialement douloureuse en cet endroit.

On peut appuyer aussi avec le stéthoscope ou un petit marteau. L'examen peut être complété en recherchant la sensibilité cutané à la pique, mais dans les cas que nous envisageons elle est rarement troublée, si bien que les téguments tordus ne sont pas douloureux.

La recherche des points douloureux se fera systématiquement et d'une façon symétrique afin de comparer a

chaque instant le degré d'algie d'un côté par rapport au côté opposé.

Le siège de ces points douloureux est des plus variables ; on envisagera successivement :

- 1° Les points douloureux du sommet.
- 2° Les points douloureux de la partie moyenne.
- 3° Les points douloureux de la base.
- 4° Les points douloureux précordiaux.

I. — Points douloureux du sommet, ce sont les plus importants

A. — POINTS POSTÉRIEURS

a) *point sus-épineux*, le premier est le point sus-épineux juxta-vertébral qui correspond à peu près à la zone d'alarme que Stephen Chauvet décrit ainsi : « zone d'une étendue approximative d'une pièce de 5 francs, ayant son centre en un point situé au milieu de la ligne droite réunissant l'espace intermédiaire à l'apophyse épineuse de la 7^e cervicale et à celle de la 1^{re} dorsale, d'une part, et d'autre part, le tubercule de l'omoplate assez saillant que l'on sent à la palpation de l'épine de l'omoplate et que Poirier a proposé d'appeler le tubercule du trapèze ».

Ce point est très limité et sa fréquence est très grande.

b) *point trapèzien* : le deuxième est le point trapèzien de Lemoine, déjà signalé par Gueneau de Mussy, en 1860. Il est situé au-dessus de la fosse sus-épineuse, en dehors des insertions antérieures de l'angulaire de l'omoplate, en pleine masse musculaire sur la corde du trapèze tendue, entre la protubérance occipitale externe et le tiers externe de l'épine de l'omoplate.

B. — POINTS ANTÉRIEURS

a) *point sus-claviculaire*. Sabourin le note particulièrement : il est décelé par la pression du doigt introduit derrière la clavicule et cherchant à déprimer le creux sus-claviculaire.

b) *point phrénique* : Rajot l'a signalé dernièrement, il le place entre les deux chefs d'insertion du sterno-cleido-mastoïdien.

c) *Point sous-claviculaire interne ou juxta sternal*. Nous l'avons noté avec une grande fréquence dans nos observations : il s'étend sur une surface d'un centimètre carré, à la partie la plus interne du premier espace intercostal ou plutôt interchondral, tout près du sternum. Au contraire, le deuxième espace intercostal est souvent insensible à la pression alors qu'il existe un point douloureux très net à la partie interne du premier espace. Cela tient à la disposition anatomique spéciale du premier nerf intercostal qu'on étudiera plus loin.

d) *Point sous-claviculaire externe*, situé en dehors à la partie externe de la fosse sous-claviculaire, il se rencontre rarement.

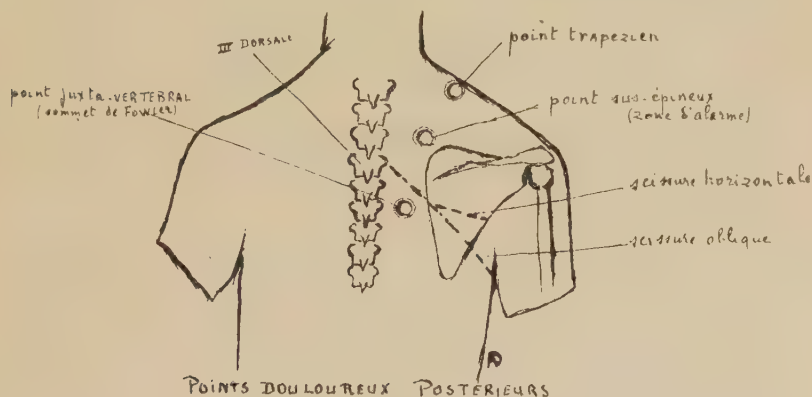
II. - Points douloureux de la partie moyenne

Ce sont les points scissuraux de Sabourin. Ils se localisent à la projection des scissures pulmonaires sur la paroi thoracique.

a) *Le point juxta vertébral* entre la 3^e et 4^e côtes, à cheval sur les lobes supérieur et inférieur.

Ce point juxta vertébral nous l'avons trouvé fréquem-

ment, mais il siègerait plutôt, selon nous, à la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale et correspondrait non pas tant à la scissure qu'au « sommet postérieur » de Fowler, c'est-à-dire à la pointe du lobe inférieur. Le siège des lésions initiales de la tuberculose est souvent là, « à deux centimètres et demi au-dessous de l'extrémité supérieure et postérieure du sommet du lobe inférieur », ce foyer



lésionnel se projetant sur la paroi en un « point situé à la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale, à égale distance du bord interne de l'omoplate et de la ligne des apophyses épineuses ».

Ce point est parfois le seul que l'on constate, mais dans certains cas en même temps que lui le point sus-épineux existe, alors que l'espace qui les sépare est insensible à la pression du doigt.

b) *Le point rétro-axillaire* existant seulement à droite, à la naissance de la petite scissure horizontale.

c) *Le point antéro-inférieur* situé à l'extrémité antérieure de la sixième côte et répondant à la terminaison antéro latérale de la grande scissure.

d) *Le point antéro-supérieur* placé à l'extrémité antérieure de la quatrième côte, à la terminaison de la petite scissure et cela seulement à droite.

e) *L'écharpe douloureuse* si la scissure est prise dans sa totalité.

Ces derniers points décrits par Sabourin ont été rarement observés par nous.

III. — Points douloureux de la base

Leur siège est variable : dans un cas nous avons trouvé un point douloureux franchement localisé au niveau d'une caverne de la base.

Nous devons faire mention d'un point bien spécial décrit par G. de Mussy sous le nom de « bouton diaphragmatique » : il est situé à « deux travers de doigt de la ligne blanche à la hauteur de la dixième côte ». Signalé dans la pleurésie diaphragmatique franche, il s'observe aussi dans la bacillose, si elle se complique de poussées inflammatoires du côté de la plèvre diaphragmatique.

IV. — Points douloureux précordiaux

Ils ont été mentionnés par Mantoux : le malade accuse une douleur précordiale parfois irradiée dans le bras gauche et faisant croire à une angine de poitrine. La pression au doigt est alors douloureuse en ce point et l'auscultation y fait entendre de petits frottements secs et fins, indice d'une pleurite sèche précordiale.

En résumé on a décrit beaucoup de points douloureux à la pression dans la tuberculose. D'après nos observations personnelles nous citerons surtout et par ordre de fréquence :

- a) Le point sus-épineux répondant à la zone d'alarme.
- b) le point juxta vertébral correspondant au sommet de Fowler (V vert. dorsale) ou point sous-scissural.
- c) Le point antérieur juxta-sternal, à la partie interne du premier espace.

Le point trapézien de Lemoine s'observe aussi avec une grande fréquence ainsi que le point sus-claviculaire.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

On peut se demander quelle est la cause active du phénomène de la douleur provoquée par la pression du doigt. Est-ce le muscle qui est sensible, sont-ce les filets nerveux périphériques, ou bien la douleur provoquée indique-t-elle la souffrance de la plèvre pariétale elle-même ?

Il existe des lésions musculaires, nerveuses, pleurales dans la tuberculose pulmonaire.

1° *Les lésions musculaires* : les « melagies » de Beau, les « myosalgies » de Cornil, résultent de la mauvaise nutrition des muscles thoraciques et de leur fatigue fonctionnelle sous l'influence de la toux et de la gêne respiratoire, sans qu'il y ait de signes objectifs : douleur, gonflement, chaleur.

On sait, d'autre part, que dans la tuberculose les lésions des muscles thoraciques et leur amyotrophie sont fréquentes surtout à une période avancée (Th. Carcassonne).

2° *Les lésions nerveuses* : les nerfs pariétaux subissent des lésions de névrites, soit parce qu'englobés dans la

pleurite adhésive, soit par simple voisinage du foyer d'irritation pleurale ; malheureusement l'examen histologique a été rarement fait. La cessation de la douleur s'explique par l'altération et la destruction à la longue de la fibre conductrice de la sensation.

3° *Les lésions pleurales.* Dans toute tuberculose pulmonaire, la pleurite est précoce et le point douloureux se trouve à l'endroit enflammé. L'unilatéralité au début des points douloureux à la pression apparaît logique quand on pense avec Tripier que les lésions initiales de la tuberculose sont surtout périphériques d'un côté et centrales de l'autre. Au niveau du poumon le plus atteint, la lésion étendue en surface s'accompagne d'une réaction pleurale, et le sommet est douloureux à la pression, alors que l'autre poumon dont la lésion est surtout centrale sans atteinte de la plèvre ne donne pas de points douloureux à la pression.

Localisation des points douloureux : sa pathogénie

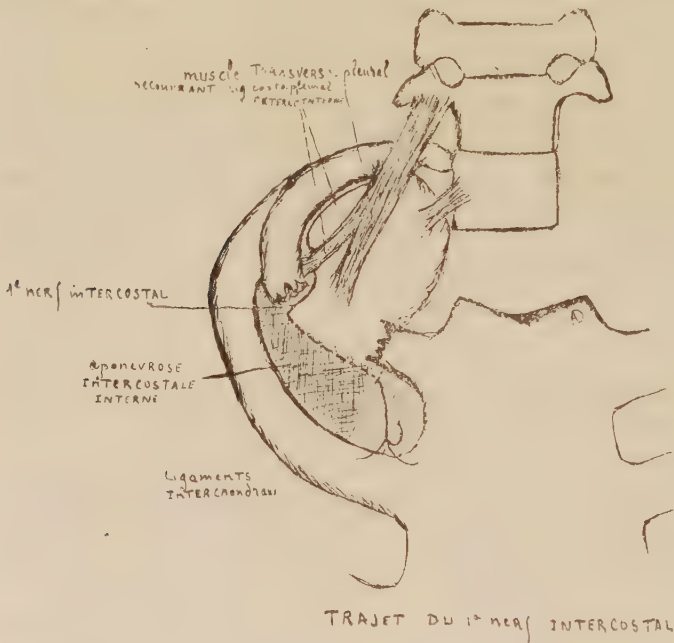
A) Le point sus-épineux correspond à la zone d'alarme : c'est à cet endroit que les premières lésions sont décelées cliniquement. Seul le trapèze est interposé entre la peau et la plèvre pariétale.

La douleur à la pression semble bien indiquer la souffrance de la plèvre.

B) Le point juxta-vertébral sous-scissural correspond au sommet du lobe inférieur (V^e dorsale), « sommet postérieur » de Fowler), siège fréquent de lésions débutantes. A cet endroit la douleur à la pression traduit également la souffrance de la plèvre.

C) Le point trapèzien traduit l'irritation du muscle trapèze. il est fréquent au début de la tuberculose ; ici la douleur provoquée est une douleur musculaire.

D) Le point juxta-sternal à la partie interne du premier espace intercostal s'explique par la disposition spéciale du premier nerf intercostal. Des recherches anatomiques sur le cadavre nous ont permis de trouver la fréquence de l'émergence du filet terminal du premier nerf intercostal en ce point.



Le nerf n'est séparé de la plèvre pariétale que par l'aponevrose intercostale interne qui est réduite en cet endroit à un voile mince et nacré. Il émerge à deux centimètres du bord sternal immédiatement sous le bord inférieur de la première côte, traverse en diagonale cette par

tie juxta sternale de l'espace en se divisant en trois filets, deux cutanés, et un filet rétrograde qui se perd sous un ligament chondro-chondral.

En remontant vers l'origine du nerf on le met à nu en réséquant le muscle intercostal externe et l'intercostal interne près du bord inférieur de la première côte ; à 9 centimètres $\frac{1}{2}$ de son émergence il pique brusquement sous la côte perpendiculairement à elle. La résection de la côte permet de suivre son trajet, en contact intime avec la plèvre pariétale, le nerf se glisse entre les tendons grêles du muscle transverso-pleural puis entre les ligaments costo-pleural interne et externe, et après les avoir dépassé va suivre fidèlement le bord interne de la première côte.

Cette intimité du premier nerf intercostal et de la plèvre pariétale expliquerait la névrite lorsque la plèvre est touchée par le processus inflammatoire, névrite décelable au seul point d'émergence du nerf dans cette zone juxta-sternale, le premier nerf intercostal n'a pas de perforant latéral.

CHAPITRE V

VALEUR SEMEIOLOGIQUE

La valeur semeiologique des points douloureux à la pression varie suivant la forme clinique de la maladie et il convient de l'envisager successivement dans :

La cortico-pleurite du sommet.

La phtisie commune à la période de début.

La tuberculose à la période avancée (1).

1° Formes bénignes : la cortico-pleurite du sommet ou de la région scissurale.

Le tableau clinique nous montre un malade qui maigrit, qui digère mal ; sa toux est quinteuse à maximum nocturne ou matutinal ; son expectoration est blanchâtre et ne présente pas de bacilles de Koch ; sa respiration est dyspnéique souvent au seul repos ; le malade se plaint

(1) On fera le diagnostic différentiel avec la névralgie intercostale où dans ce cas ni l'état général, ni les signes fonctionnels ou physiques ne montrent une lésion de l'appareil respiratoire. A noter que chez les névropathes, hystériques, on trouve fréquemment des points douloureux, mais dans ce cas ils sont bilatéraux. La douleur locale tire sa valeur de la comparaison avec l'insensibilité à la pression sur l'endroit symétrique du côté opposé.

d'un point de côté spontané entre les deux épaules sous forme de piqûres d'aiguilles.

L'examen révèle à la palpation une diminution des vibrations, à l'auscultation un affaiblissement du murmure vésiculaire, souvent une expiration soufflante, et des bruissements fins, surtout à la fin de l'inspiration localisés le plus souvent dans la zone de Stephen Chauvet. Quelquefois on trouve une mydriase du côté homologue à celui du sommet lésé, et la palpation de la région sus-claviculaire proche le chef sternal du sterno-cleido-mastoïdien montre un ou plusieurs ganglions différenciés (ganglion de Sergent) ou de l'adénite indolore en « grains de plomb » de Sabourin.

A ces signes s'ajoutent les points douloureux sus-épineux et juxta-sternal.

Sur 54 observations du Docteur Roubier, au centre de triage de tuberculeux de la VIII^e armée, on trouve :

18 fois un ou deux points douloureux à la pression, soit dans 33 % des cas.

18 fois de la mydriase, soit dans 33 % des cas.

20 fois un ganglion sus-claviculaire, soit dans 37 % des cas.

Dans les 6 observations publiées in-extenso dans la thèse de Durousseau, on trouve :

6 fois un ou deux points douloureux à la pression.

3 fois un ganglion sus-claviculaire.

3 fois de mydriase (1).

(1) Francke qui recherche systématiquement la douleur à la pression dans la tuberculose, la trouve dans 77,9 pour 100 des cas de tuberculose pulmonaire. Noggerath, dépistant les cas de tuberculose chez les écoliers, a trouvé les zones de Head douloureuses (hypéralgésies au niveau de la quatrième dorsale), 16 fois sur 46 enfants examinés.

La pleurite procède par poussées successives et le point douloureux qui coexiste très souvent avec les bruissements fins, mesure le degré d'activité des lésions ; il disparaît si une amélioration a lieu, pour se montrer de nouveau en cas de récurrence. Cette affection est en effet soumise à des rechutes multiples.

Dans la cortico-pleurite de la région scissurale, bien étudiée par Piéry, les points douloureux siègent plus bas dans la région de l'interlobe.

2° La tuberculose parenchymateuse a ses périodes initiales.

Dans cette forme, la plèvre réagit précocement et les points douloureux sont fréquents mais inconstants ; leur fréquence est moins grande que dans la cortico-pleurite.

Les points sus-épineux, du sommet de Fowler, juxta-sternal sont ceux que nous avons noté le plus souvent dans nos observations.

La douleur à la pression s'ajoute aux autres signes physiques pour indiquer le côté atteint et apporte une confirmation au diagnostic formulé par l'oreille.

Dans quelques cas (ex-observ. I) où un sommet est atteint de ramollissement accusé alors que les lésions sont seulement débutantes de l'autre côté, le sommet le dernier atteint est le plus douloureux à la pression. Cette observation prouve que la douleur provoquée est plus vive au niveau des lésions débutantes que dans les lésions avancées.

3° Tuberculose commune à la période cavitaire.

Ici la valeur diagnostique est moins grande, car nous nous trouvons en présence d'autres signes qui imposent le diagnostic. D'ailleurs la douleur à la pression est moins fréquente que dans la phtisie au début.

Quelques cavernes sont douloureuses à la percussion, surtout celles qui sont superficielles et qui donnent le bruit de pôt fêlé, cavernes situées à la partie antérieures du poumon, car les postérieures ne donnent pas le bruit de pôt fêlé, même si elles sont proches de la paroi (Sabourin). Cette percussion provoque souvent une quinte de toux (signe du tapotage de Erni).

En général, dans les périodes avancées, la pression est peu ou pas douloureuse, les adhérences sont organisées et le processus inflammatoire de la plèvre est éteint.

CHAPITRE VI

Nous n'avons pas cru utile de rapporter ici toutes les nombreuses observations cliniques qui ont servi de base à ce travail. Leur reproduction, outre qu'elle allongerait démesurément l'étendue de notre thèse, ne présenterait qu'un médiocre intérêt. Nous donnons seulement plusieurs observations qui nous ont paru spécialement démonstratives. Pour ce qui a trait à la cortico pleurite, nous renvoyons à la thèse Durousseau (1) qui contient de nombreuses observations du service du Docteur Roubier.

OBSERVATION I

Ba... Louise, 30 ans domestique.

Entre le 14 août 1920, à la salle Sainte-Marthe ,pour faiblesse générale et douleur au sommet droit.

Dans ses antécédents on note des règles irrégulières, des pertes blanches assez abondantes.

C'est une grippe, en janvier 1917, qui semble être le point de départ de son affection actuelle ; dans les mois qui suivent, elle continue à tousser, perd ses forces, maigrît : état subfébrile, sa température oscille entre 37°2 le

(1) Durousseau. Contribution à l'étude de la Pleurite du sommet Thèse, Lyon, 1920.

matin et 37°8 le soir. Dyspnée d'effort assez marquée. Expectoration peu abondante, pas d'hémoptysie, mais parfois toux émétisante.

A l'entrée, l'examen révèle des symptômes d'infiltration du sommet droit en arrière. Les râles humides sont assez nombreux après la toux dans les fosses sus et sous-épineuses, dans le creux sus-claviculaire. A ce moment la respiration est rude et la pression douloureuse tant en avant qu'en arrière. Le sommet gauche respire bien.

Le 10 septembre. Depuis quelques jours la malade éprouve un point de côté gauche, la température décrit de petites oscillations ; dans les fosses sus et sous-épineuses apparition de petits bruissements fins sous-pleuraux, secs, superficiels, aux deux temps, peu modifiés par la toux ; à gauche la pression est douloureuse dans la fosse sus-épineuse ; la pupille gauche est plus dilatée que la droite.

Le 30 septembre, petits bruissements après la toux dans le creux sus-claviculaire, point douloureux juxta-sternal gauche premier espace intercostal, pas de point douloureux à droite.

Le 25 octobre, l'expectoration de la malade diminue, les râles sont moins humides et moins nombreux à droite, expiration soufflante sous la clavicule ; à gauche quelques crépitations à la fin des grandes inspirations, la malade a engraisé de 2 kilogs.

Le 13 décembre. Etat général tout à fait satisfaisant.

Le 23 décembre. Rechûte, la malade présente de la température, sa voix est enrouée, quelques râles de bronchite, point douloureux juxta-sternal gauche.

Le 15 janvier 1921, la malade est presque aphone,

l'examen laryngé révèle un gonflement des cordes vocales avec une légère ulcération à droite, signes très nets de spelonque du sommet droit.

Le 18 avril. La malade présente aujourd'hui une dysphagie et une aphonie très accusées en rapport avec des lésions étendues des arytenoïdes, une injection de novocaïne sur le trajet du laryngé supérieur améliore les phénomènes subjectifs ; une autre d'alcool n'a pas donné de résultats. On commence un traitement par le I. K. A droite le souffle entendu sous la clavicule est plus intense ; pas de point douloureux à la pression. A gauche quelques râles sous pleuraux ; points douloureux à la pression au sommet postérieur de Fowler et dans le premier espace intercostal juxta-sternal.

Cachexie progressive. Diarrhée abondante. Meurt le 11 mai 1921.

L'autopsie révèle au sommet droit des adhérences pleurales serrées, surtout en arrière. Au sommet gauche une seule adhérence très lâche près du rachis ; à droite, une caverne du sommet, à gauche des tubercules conglomérés, foie gras et muscade, des ulcérations intestinales nombreuses.

Diagnostic final : bacilliose pulmonaire subaiguë. Infiltration du lobe supérieur droit avec apparition de signes cavitaires en avant. Cortico-pleurite persistante du sommet gauche. Diarrhée. Laryngite avec dysphagie et aphonie.

OBSERVATION II

Th... Joseph, 36 ans, manœuvre.

Entre le 14 mai 1921.

Sa mère est morte de diabète. Sa femme est traitée actuellement par un pneumothorax artificiel.

Il a eu une pneumonie en 1915, au front.

Depuis, chaque hiver le revoit tousser. Il y a un mois (en avril), il a été pris de frissons, sueurs profuses, température oscillant autour de 38°5, il a maigri de 7 kilogs en 1 mois et demi, il n'a pas eu d'hémoptysie.

A l'examen, en arrière au sommet droit : respiration granuleuse, quelques sibilances, légère diminution de sonorité. Point douloureux dans la zone d'alarme et au milieu du trapèze.

En avant on perçoit des râles superficiels, subissant peu de modifications après la toux.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Le 25 juin, les bruissements ne sont plus perçus, diminution de la clarté du sommet droit à la radioscopie.

Il part le 30 juin à la campagne.

Diagnostic final : bacillose pulmonaire avec présence de nombreux bacilles de Koch dans les crachats, apyréxie et bon état général.

OBSERVATION III

Mey... Antonin, 26 ans.

Entre le 30 avril 1921.

Rien n'est signalé dans ses antécédents avant 1916 ; à ce moment il est évacué du front pour bronchite, toux, amaigrissement, sueurs nocturnes, laryngite ; il est réformé avec 100 %.

L'auscultation révèle des signes cavitaires les plus nets sous la clavicule gauche où l'on entend un souffle caver-

neux dans les trois premiers espaces intercostaux avec de nombreux râles de toutes grosseurs ; en arrière à gauche, les signes cavitaires manquent, mais l'infiltration du poumon est presque totale ; par contre le sommet droit ne présente que quelques râles humides assez nombreux, le sommet de Fowler droit est douloureux à la pression. Meurt le 8 mai 1921.

L'autopsie montre quelques adhérences du sommet droit et de grosses adhérences à gauche.

Au poumon droit tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur moyen, bord externe du lobe inférieur, hépatisation de la base ; au poumon gauche une double splongue du sommet : l'une de la grosseur d'une orange, l'autre d'un œuf de pigeon ; tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur, de la moitié externe du lobe inférieur, hépatisation autour des noyaux caséux disséminés dans la moitié interne du lobe inférieur. Gros ganglions hilaires.

OBSERVATION IV

Cat... Paul, 22 ans.

Entre le 10 août 1921.

Le début de sa maladie semble remonter à un an ; il était soigné pour toux, amaigrissement, anorexie, sueurs nocturnes, température au-dessus de 38°, mais pas d'hémoptysies ; en même temps que lui sa sœur était traitée à la Croix-Rousse pour une méningite.

A l'entrée il est anémié, ses muqueuses sont décolorées, présence de bacilles de Koch dans ses crachats. L'examen pulmonaire révèle au poumon droit, en arrière de la submatité, de la diminution du murmure vésiculaire, quel-

ques petits râles discrets après la toux ; en avant une respiration rude et obscure sous la clavicule ; on note une déformation thoracique en saillie de la région juxta-sternale droite.

La pression révèle à droite un point douloureux à la zone d'alarme, un point trapèzien, un point sus-claviculaire, un point juxta-sternal premier espace intercostal ; l'hémithorax gauche ne présente aucun point douloureux à la pression.

La radioscopie montre des lésions peu accusées ; la température est irrégulière. Il part au sanatorium de Bayère le 14 septembre 1921.

Diagnostic final : bacillose pulmonaire faiblement évolutive du poumon droit, avec prédominance des signes cliniques et radioscopiques à la partie moyenne.

OBSERVATION V

Li... Marie, 19 ans.

Entre le 17 juin 1921. Pas d'affections antérieurs à une grippe en 1916 ; une pleurésie en 1921 ; depuis le mois de mai elle se dit sans force, a eu une hémoptysie.

A l'entrée expectore peu.

A l'examen du sommet droit, râles nombreux, assez confluent dans la fosse sus et sous-épineuse et les deux premiers espaces en avant, le sommet de Fowler droit est douloureux à la pression ainsi que le premier espace intercostal droit juxta-sternal ; au sommet gauche en arrière rien d'anormal ; en avant quelques râles humides après la toux à la partie interne du premier espace inter-

costal. Bacille de Koch dans les crachats. On propose un pneumothorax.

Veut partir.

Diagnostic final : bacillose pulmonaire chronique : signes d'infiltration étendue du poumon droit.

OBSERVATION VI

Per... Francisque, 35 ans, ajusteur.

Entre le 30 mars 1921, pour bronchite.

Une bronchite antérieure (1917). Depuis trois semaines tousse et crache.

Le 2 avril. A l'examen : au sommet gauche respiration rude, bruissements aux deux temps ; points douloureux sus-épineux gauche et juxta-sternal premier espace intercostal. Bacille de Koch dans les crachats.

Le 23 avril, signes devenus très discrets, pas de râles, les points douloureux à la pression ont disparu.

Il part au sanatorium le 24 mai 1921.

Diagnostic final : bacillose pulmonaire chronique apyritique avec signes cliniques et radioscopiques très discrets au sommet gauche, présence de quelques bacilles de Koch dans les crachats.

CONCLUSIONS

I. — En général, peu recherchée par les cliniciens, la douleur locale à la pression du doigt peut rendre des services dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire débutante.

II. — La pression doit être exercée avec la pulpe de l'index ou du médius ; elle doit être douce, progressive. L'existence de points douloureux à la pression impose toujours des réserves chez les sujets névropathes. D'une façon générale la douleur locale à la pression tire surtout sa valeur de la comparaison avec l'insensibilité du point symétrique du côté opposé.

III. — Les points les plus fréquemment trouvés chez les tuberculeux sont :

- a) Le point sus-épineux répondant à la zone d'alarme.
- b) Le point sous-scissural juxta vertébral répondant au sommet postérieur de Fowler, en dehors de la 5^e et 6^e vertèbres dorsales.
- c) Le point juxta sternal situé à la partie tout à fait interne du premier espace intercostal.

IV. — Dans les formes bénignes cortico-pleurales la douleur à la pression est constante au moment des poussées subévolutives.

Dans la forme parenchymenteuse commune aux périodes initiales, elle est fréquemment observée, témoignant de l'irritation pleurale qui accompagne la lésion du poumon ; elle manque ordinairement dans les périodes avancées de la maladie.

V. — Sa recherche a donc, au début de la tuberculose pulmonaire, une certaine importance en permettant de fixer le siège exact de la lésion en activité. A ce point de vue elle mérite d'entrer dans la pratique médicale courante.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PIC.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 3 mars 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARETÉE. — *Artes medicæ principes*. Tome V. Liber I. Cap. IX. Lausanne, Franç. Grasset, 1772.
- BARTH. — *Semeiologie de l'appareil respiratoire*, in Brouardel et Gilbert.
- BASSEREAU. — *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux*. Thèse, Paris, avril 1840.
- BAUMÉS. — *De la phthisie pulmonaire*. Tome II, p. 4, chez Ricard. An. III.
- BEAU. — *De la névrite intercostale*. Archives de Médecine, février 1847.
- — *Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire*. Gaz. Hôpitaux, 1861.
- BEHAN. — *Pain*. New-York. Appleton, 1915.
- BELBÈZE. — *Le signe de la douleur provoquée et les réflexes thoraciques dans les affections pleuro-pulmonaires*. Thèse. Lyon 1902.
- BERNARD (Léon). — *Tuberculose pulmonaire*. Masson, 1921.
- CARCASSONNE. — *Etude des amyotrophies scapulo thoraciques au cours de la tuberculose pulmonaire*. Thèse, Paris, 1900.
- CHAUVET (Stéphen). — *Semeiotique de la fosse sus-épineuse ; la zone d'alarme dans la tuberculose*. Presse Médicale, oct. 1908.
- CHIRENT. — *Les lois de la systématisation des lésions dans la tuberculose pulmonaire*. Presse Médicale, janvier 1914.
- CRUVEIHIER. — *Bulletin de Thérapentique*. T. XXII, p. 558 (1837).
- COLLET. — *Précis de pathologie de l'appareil respiratoire*.
- COURTOIS-SUFFIT. — *Diagnostic précoce de la tuberculose*. Gaz. Hôpitaux, janv. 1901.
- DESCAVES. — *La douleur locale à la pression dans la tuberculose*. Thèse, Paris, 1921.

- DIDIER. — *Contribution à l'étude des hyperesthésies neuro-musculaires systématisées dans la phthisie pulmonaire.* Thèse, Alger, 1912, n° 20.
- DUROUSSEAU. — *Contribution à l'étude de la pleurite du sommet.* Thèse, Lyon, 1920.
- ENS S. — *Rustis magazin fur die gesamente Heilkunde.* 1835.
- FOWLER. — *De la localisation des lésions de la phthisie*, traduit par Tussau, Paris, 1882.
- FRANCKE K. — *Der Krankhafte Druckschmerz, ein irkermungs mittel der begumenden Schwindsuehl.* Beitr. Klin d. Tuberc. Wurtzb., 1908, p. 225-235.
- GUENEAU DE MUSSY. — *Leçons cliniques sur les causes et traitement de la tuberculose pulmonaire*, 1860.
- HEAD R. — *A disturbance of sensation, with spécial reference to the pain of visceral Disease.* Brain, 1893, XVI, 1-133. 79, 82 : 1894, XVI, 339-480 ; 1896, XIX, 156-276.
- HERARD, CORNIL, HANOT. — *La phthisie pulmonaire*, p. 478 (1888).
- JACQUET. — *Henir-hyperestésie neuro-musculaire chez un tuberculeux avec transfert.* Soc. médicale, Hôp., Paris, 5 mai 1899.
- LACOSTE. — *Le signe du trapèze.* Journal de Médecine et Chir. Pratique, 25 fév. 1921.
- R.-T.-H. LAENNEC. — *Traité de l'auscultation mediate et des Maladies des Poumons et du Cœur.* Tome I, p. 686, 2^e éd., 1826.
- LEMOINE. — *La douleur locale à la pression du doigt et les adénites sus-claviculaires chez les tuberculeux.* Bulletin Ac. de Médecine, 30 nov. 1920.
- LEUDET. — *De la phthisie aiguë.* Thèse, Paris 1851.
- LIEUTAUD. — *Précis de la Médecine Pratique.* Tome I, p. 376, chez Didot, 1777.
- LÆPER et CODET. — *Réaction myotonique du trapèze.* Presse Médicale, 11 août 1917.
- P.-C.-A. LOUIS. — *Recherche sur la phthisie*, p. 209. Baillière, 1843.
- Richard MORTON. — *Opéra. Médica. De phthisiæ.* Lib. I, Cap. III, p. 41, 1737.
- MACHENZIE. — *Des symptômes et leurs interprétations.* Traduit par Guillaume (de Spa). Baillière, 1919.
- MANTOUX. — *Pleurite sèche précordiale.* Gaz. Hôp., 30 oct. 1911.
- Th. MAYS. — *Relation entre la phthisie et la douleur du pneumo gastrique.* New-York journal, 3 sept. 1901. Analysé in Semaine Médicale, 27 sept. 1904.

- NOGGERATH et SALL. — *Iahrb. f. Kinderheilk.* Tome XXIV, juna. 1917, p. 71.
- PAILLARD. — *Points de côté des tuberculeux et leur traitement.* Progrès Médical, 3 février 1912.
- PERROUD. — *De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phtisie pulmonaire*, p. 6, 160, 383. Lyon Médical, 1872.
- PETER. — *Leçons de Clinique Médicale*, 1877, Tome I, p. 498-511 ; Tome II, p. 617-689.
- PIERY. — *Tuberculose pulmonaire*, 1910.
- PORTAL. — *Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire*, p. 418-423, chez le citoyen du Pont, 1792.
- PITRES et VAILLARD. — *Nevrites périphériques chez les tuberculeux*, p. 113, Revue de Médecine, 1885.
- RAGOT. — *Signe du phrénique dans la tuberculose pulmonaire.* Journal de Médecine de Rouen, 21 mai 1921.
- ROUSSEL. — *Signes de la douleur et les réflexes thoraciques dans la période du début de la tuberculose pulmonaire*, p. 53 et 251. Loire Médicale, 1900.
- SABOURIN. — *Point de côté scissural.* Revue de Médecine, 1907.
- — *Douleur locale à la pression du doigt chez les phtisiques.* Journal des Praticiens, 1910.
- — *A propos de la zone d'alarme chez les tuberculeux.* Paris Médical, 1918.
- — *Traitement rationnel de la phtisie*, p. 172-7, 1921.
- SEBILLEAU P. — *Démonstration d'anatomie*, 1892.
- G. SÉE. .. *De la phtisie bacillaire des poumons*, p. 183, 1884.
- SERGEN. — *Etudes cliniques sur la tuberculose*, 1919.
- SERGEN, RILADEAU, DUMAS, BABONNEX. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.* Tuberculose, Tome II.
- TATUSESCU. — *Diagnostic précoce de la Tuberculose.* Revue internationale de la tuberculose, 1907.
- THOMAS. — *Observation sur l'irritation spinale.* North American Archives, 1834.
- R. TODD. — *The cyclopædia of practical médecine.* London, n° 4, 1834.
- VALLEIX. — *Traité des névralgies*, p. 341, Baillière. 1841.
- W. WALSCHE. — *Traité clinique des maladies de poitrine.* Traduit par Fonssagrive, 1870.
- WEILL. — *Des troubles nerveux chez les tuberculeux.* Revue de Médecine, 1893.

TABLE DES MATIERES

	Pages
CHAPITRE I. — Avant-propos.....	9
CHAPITRE II. — Historique.....	10
CHAPITRE III. — Les principaux points douloureux à la pression dans la tuberculose	16
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	22
CHAPITRE V. — Valeur semeiologique.....	26
CHAPITRE VI. — Observations.....	30
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39
